



RESUMEN

Identificar la relación entre los niveles de estrógenos séricos y la depresión en mujeres que se encuentren cursando el período de perimenopausia y menopausia que asisten al servicio de Consulta Externa Del “Hospital Vicente Corral Moscoso”(HVCM) Mayo- Julio 2008. Objetivos específicos: determinar la prevalencia de depresión, las características demográficas, la presencia de las manifestaciones clínicas de menopausia predominantes y la prevalencia de síntomas depresivos y correlacionar los valores de estrógenos. El presente estudio es de tipo: Transversal, descriptivo. Hallazgos de las 756 mujeres que acudieron al HVCM, durante este tiempo, 147 son estudiadas. Conclusiones: El 52% de las mujeres en perimenopausia y menopausia presentaron sintomatología de depresión, con un porcentaje de 41% con niveles de estrógenos séricos disminuidos, comprobándose la falta de relación entre disminución de los valores de estrógenos y la prevalencia de depresión en mujeres que cursan la perimenopausia y menopausia.

Palabras Clave: Depresión, niveles de estrógenos, perimenopausia y menopausia.



INDICE DE CONTENIDOS

	Página
Responsabilidad	4
Agradecimiento	5
Introducción	6
Justificación y uso de los resultados	9
Marco teórico	11
Hipótesis	31
Objetivos	32
Metodología	33
Resultados	38
Discusión	55
Conclusiones	56
Recomendaciones	57
Referencias bibliográficas	58
Anexos	62



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Medicina

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES
PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR 2008"**

TEMA:

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO

AUTORES:

MARIA JOSÉ ALVAREZ CORNEJO

RAQUEL IVONNE ARMIJOS CABRERA

ANDREA PRISCILA AYALA COBOS

DIRECTOR:

DOCTOR JAIME ÑAUTA

CUENCA –ECUADOR

2007-2008



Responsabilidad

Las autoras se hacen responsables por los datos recogidos a través de los formularios de recolección y de los resultados de estrógenos séricos de las participantes que acudieron a consulta externa de Ginecología en el Hospital Vicente Corral Moscoso, que accedieron a colaborar en esta investigación.

Así como del material bibliográfico y de los resultados que se exponen a continuación.



Agradecimiento.

Al Dr. Jaime Ñauta por su valiosa colaboración y apoyo incondicional en la realización de esta investigación.



Abstract

Identify the relations between the levels of circulating estrogen and depression in women, who are premenopausal and menopausal, who utilize the services of the ambulatory clinic of "Hospital Vicente Corral Moscoso" (HVCM), May-July 2008. Specific objectives: determine the prevalence of depression, the demographic characteristics, the presence of predominant clinical manifestations of menopause and the presence of symptoms of depression and to correlate those to the levels of estrogen. This study is transversal and descriptive, of the 756 women seen at HVCM, 147 were studied. Conclusions: the 52% of the perimenopausal and menopausal women presented symptoms of depression, with 40% having decreased level of serum-estrogen, proving the level of relationship between diminished of estrogen and the prevalence of depression in perimenopausal and menopausal women.



INTRODUCCION

Planteamiento del problema

La menopausia es un eslabón muy importante que marca la diferencia en el paso de la vida de la mujer, es aquí donde nota que empieza a envejecer y todo el peso de sus caminos trajinados se hecha sobre sus hombros, pero paradójicamente este hito subraya su ruptura con el pasado lo que altera fundamentalmente la proyección de lo vivido; lo ocurrido en su juventud pierde vigencia para las nuevas generaciones que la rodean, transformando las expectativas y los hechos relevantes de su existencia en una especie de leyenda privada y desvalorizada, los cambios tecnológicos, ambientales y sociales modifican su vida cotidiana, afectando su manera de imaginar y sentir el mundo que la rodea, desdibujando así la percepción de su propia memoria histórica.

En la antigüedad cuando la esperanza de vida de la población humana no superaba los 30 años¹, por lo que las mujeres que alcanzaban dicha edad excepcionalmente manifestaban signos del final de su etapa reproductiva conocida actualmente con el término de menopausia.



En la actualidad, cuando dicha esperanza de vida ha ido en aumento y es por eso que cada día la población envejece; En los últimos 50 años, la esperanza media de vida al nacer se ha incrementado en términos mundiales en cerca de 20 años, pasando entre 1950--1955 y 2002 de 46,5 a 65,2 años.²

Por otro lado la expectativa de vida al nacer mayor para las mujeres comparada con la de los hombres es prácticamente universal; según datos de 2003, de la División de Naciones Unidas para Población, en el año 2000 la diferencia mundial en longevidad fue de 4,2 años, con variaciones entre continentes desde 1,6 años para África hasta 8,3 años para Europa. En los diez países más populosos del mundo, la mayor diferencia en el período 2000 – 2005 estuvo en la Federación Rusa, que fue de 12 años, seguido por Brasil con 9 años y México con 6 años. Para el período 2025 – 2030 la proyección de las diferencias se mantiene en casi todos los países. Japón, donde este indicador es más alto, la esperanza de vida femenina se ha incrementado de 78 en 1975 a 85 en 2005 y se proyecta en 90 años para el 2030. En España, la esperanza de vida media se sitúa en 82,9 años para las



mujeres y se estima en 85,1 años en el 2020. Las españolas estarán entre las mujeres con mayor esperanza de vida en el mundo, además de las japonesas y las francesas.³

En América Latina y el Caribe, la tendencia al envejecimiento poblacional ha ocurrido en toda la región y a diferencia de los países industrializados, se produjo en un lapso mucho más breve y pocas veces se ha podido anticipar sus consecuencias. Existen grandes diferencias entre países y, dentro de cada uno de ellos, entre áreas urbanas y rurales, sectores sociales y étnicos, como por ejemplo en Chile la transición demográfica en 1909 solo el 63% de los nacidos alcanzaron su 50 cumpleaños y sólo el 13 % se espera que viva más allá 85 años en comparación con los nacidos en 1999, sólo el 2 % morirá antes de los 50 años se espera que la mitad alcance los 85 años. En Colombia, la población femenina de 50 años y más se incrementó desde 9.8% hasta 13.7% entre 1964 y 2000; en Venezuela, las mujeres mayores de 45 años representaban el 17,05 % de la población femenina total en 1995 y está proyectada para el 2035 en 35,76 %.³

Como consecuencia de esto, se presenta una nueva etapa en la mujer, para la cual no esta preparada, en la que no



solo se enfoca en la culminación de su vida reproductiva, sino que además se manifiestan diversos cambios que podrían resultar desfavorables en su desenvolvimiento como ser humano por lo que afectaría su calidad de vida, con modificación de su entorno biológico, si consideramos que la Organización Mundial de La Salud (OMS) define: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”⁴ Y calidad de vida como: “El bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida”.⁵

Las alteraciones del estado de ánimo son una queja frecuente de las mujeres que se encuentran en la transición a la menopausia y disminuye en la postmenopausia temprana, entre las más importantes y frecuentes se encuentran: estado de ánimo depresivo, cambios de humor, angustia, ansiedad, irritabilidad, cansancio, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, etc. En el estudio “Climaterio Y La Menopausia Expresión Del Envejecimiento ” realizado en la Habana por Pérez y colaboradores en el 2001 se reportó que el 51% de 477 mujeres menopáusicas se quejaron cuando menos una vez



durante un período de 3 años de síntomas de depresión. European Press Study realizado por Ferry para Asociación Española Para El Estudio De La Menopausia (AEEM) en 300 mujeres españolas de 40 a 55 años, mostró frecuencia elevada de síntomas psicológicos asociados a bochornos en tanto que las postmenopáusicas a pesar de continuar con bochornos, no tuvieron alta prevalencia de síntomas psicológicos independientes de los eventos vitales, la disfunción familiar o el pobre apoyo social.⁶

En el estudio multinacional Pan-Asia Menopause (PAM) Study en 9 grupos étnicos de 11 regiones de Asia, los 3 síntomas predominantes fueron dolor articular o de cuerpo (86.3%), disminución de memoria (80.5%) y nerviosismo/irritabilidad (71%), en tanto que los bochornos fueron de 62.7%.⁵

En el estudio “Menopausia Y Longevidad” de Manzano y colaboradores (Cuba 1999), se observó que las mujeres que asistieron a la consulta durante el periodo perimenopausico, refirieron ansiedad en un 49.5%, depresión el 27%, insomnio el 25.7%, irritabilidad 17.6%.⁷

En el país mediante el estudio “Frecuencia De Los Síntomas Y Riesgos Asociados En el Ecuador” realizado



por Narváez y colaboradores publicado en la revista Panamericana de Salud de mayo 2007 en el que participaron 325 mujeres menopáusicas, de $55,9 \pm 8,1$ años de edad (mediana: 54 años), que tenían útero y no habían empleado ninguna terapia de sustitución hormonal; los síntomas encontrados con mayor frecuencia fueron las oleadas de calor 53,3%, la sudoración 49,2%, la pérdida de memoria 80,6%, la depresión 67,4%, los dolores musculares y articulares 84,0%, la resequedad de la piel 85,5%, la evasión a la intimidad 76,2% y los cambios en el deseo sexual 76,5%.⁸

Justificación y uso de los resultados

Debido a que la depresión promueve un estado de desequilibrio anímico y orgánico que repercute sobre el estado de salud tanto de la persona como del entorno que le rodea, despertó el interés de la OMS manifiesta que la Depresión (puramente psiquiátrico) constituye la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial, y que para el 2020 podría ascender al segundo lugar, esto altera por si solo la calidad de vida de la mujer, y si a ello sumadas las



manifestaciones clínicas de la menopausia el peso del daño sería aun mayor.

Tomando en cuenta que en nuestro medio, en el 2008, las mujeres entre 15 y 49 años de edad representaban 3.486.000 habitantes, es decir, alrededor de 58% del total. La prevalencia e incidencia de menopausia es amplia, por el mismo hecho de la distribución de género; se observa que un alto porcentaje de mujeres atraviesa la menopausia sin presentar sintomatología que interfiera con su actividad diaria; sin embargo en el grupo de las que acuden al médico en busca de bienestar, nos damos cuenta que en la mayoría de casos se trata a la menopausia de forma global priorizando las manifestaciones somáticas dando por sobreentendido que las alteraciones psicoafectivas, que las pacientes presentan, se reducirán al cubrir las deficiencias hormonales, reduciendo su real valía.

La dimensión femenina del envejecimiento y la situación de las mujeres adultas en el mundo fue uno de los temas debatidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid, en el año 2002. En aquel momento existían 328 millones de mujeres de 60 años y más en el mundo frente a 265 millones de hombres



y esta proporción se incrementa a medida que la población envejece. Según estimaciones de las Naciones Unidas, en el 2025 habrá 604 millones de mujeres mayores de 60 años, el 70% de las cuales vivirá en países en desarrollo.⁹

Con este trabajo esperamos obtener un aproximado de la realidad que se vive en nuestro medio sobre la depresión en la perimenopausia, y su relación con los niveles de estrógenos, una vez obtenidos los resultados de esta investigación, daremos a conocerlos con el propósito de informar cuan frecuente es la misma y cambiar la visión del manejo de la paciente, en busca de una atención más individualizada y humana.

MARCO TEÓRICO

Menopausia y Depresión

Conceptos Generales

Menopausia

La OMS define a la menopausia como la cesación permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad ovárica.^{10,11}



Se considera también como el momento de la última menstruación cuando esta se debe al cese de la función folicular ovárica, diagnosticándose en forma retrospectiva después de que haya ocurrido hace más de 12 meses de amenorrea.^{12,13}

La palabra menopausia proviene del griego *Meno* que significa mes, momento o fecha y de *Pausis* que significa cesación por lo tanto corresponde al momento en que ocurre el cese irreversible de las menstruaciones.⁷

Menopausia Natural o Fisiológica

Cuando sobreviene como resultado del cese espontáneo de la función ovárica, ocurre entre 45-56 años (50 años en promedio).^{7,10}

Menopausia Iatrogénica

Puede ser de causa médica en el caso de radio o quimioterapia, y quirúrgica cuando hay ooforectomía.^{7,14}

Perimenopausia



Se define como el periodo de tiempo transcurrido entre un año y uno después del cese definitivo de la menstruación.⁷

La perimenopausia es un periodo de transición gradual que se inicia con un acortamiento de la longitud de los ciclos, de forma progresiva, la fase folicular se acorta y la FSH aumenta por una disminución del número de folículos o una reducción de la secreción de inhibina.¹⁵

En otras bibliografías se define como el tiempo desde que inicia la disminución de la producción estrogénica hasta que se interrumpe la menstruación.¹⁴

Posmenopáusica

Desde 12 meses después de la menopausia en adelante hasta concluir con la muerte.¹⁴

Depresión:

Síndrome caracterizado por decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideativas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño psicosocial.¹⁴



DECLINACIÓN DE LA FUNCIÓN OVÁRICA

En la mujer la declinación de la función ovárica se inicia ya desde la vida uterina, según Bloch se inicia a las 20 semanas y para Baker es a las 22 semanas de gestación donde se tiene la mayor cantidad de folículos primordiales, desde aquí hasta el nacimiento se pierde algo más de 5 millones de folículos, conservándose al nacer aproximadamente 1 millón, posterior a esto se produce una pérdida más lenta de los folículos hasta alrededor de los 7 años de vida, en donde se conservan unos 700.000 folículos, al llegar a la menarquia se mantienen unos 400.00, de estos llegan a ser ovulados unos 400, perdiéndose en cada ciclo menstrual por la atresia folicular cerca de 1000, cuando la mujer llega a los 35 años de edad aproximadamente los folículos que se atresian en cada ciclo ovulatorio superan los 1000 hasta finalizar con la menopausia donde ya casi no hay folículos.⁷

Una vez que el folículo es estimulado a crecer ya sea que se vuelva dominante, se ovule o se atresie, en el ciclo menstrual femenino siempre va a existir folículos de diferentes tamaños.¹⁰



En estudios realizados por la Asociación Española Para Estudio De La Menopausia en mujeres posmenopáusicas mediante la medición ultrasonográfica de los ovarios se obtuvo como promedio un ovario de unos 3.7cm³, esto se observó que decrecían con factores como menopausia, peso, paridad, edad de la menopausia, historia de uso de THR (terapia de restitución hormonal) y Diagnóstico de Cáncer de mama.⁷

Luego de la menopausia ya no quedan folículos en el ovario, pero pueden ocurrir sangrados vaginales luego de una fase lútea insuficiente o luego de un pico de estradiol sin ovulación o con una formación inadecuada de cuerpo lúteo.

Cambios en la producción de hormonas ováricas en la menopausia

La producción de estrógenos, en particular el estradiol disminuye aun mas de los niveles propios de la premenopausia, el estradiol residual es un producto indirecto de las glándulas suprarrenales, tanto la estrona como la progesterona se transforman en estradiol en los tejidos periféricos, la aromatización periférica de la androstendiona suprarrenal para la producción de estrona



explica la mayor parte de la síntesis de esta última. La progesterona que se produce en el cuerpo amarillo, los niveles de esta hormona son apenas del 30% de los que se encuentran en la fase folicular en las mujeres ovulatorias, se presume que la glándula suprarrenal es la fuente de la mayor parte de la progesterona que se encuentra en las mujeres postmenopausicas. La androstendiona es el andrógeno predominante, producto de los folículos en desarrollo, los niveles de esta descienden a la mitad con el cese del desarrollo folicular en las mujeres postmenopausicas, el ovario secreta solo el 20% de esta hormona después de la menopausia, y la producción de la testosterona disminuye menos de un tercio, tras la menopausia el ovario secreta una proporción hasta cierto punto grande de la testosterona, su continua producción combinada con los niveles bajos de estrógenos pueden dar lugar a la ligera virilización.¹⁶

Los valores de la (FSH) hormona Folículo estimulante (tabla 1) y (LH) Luteinizante (tabla 2) después de la menopausia se aumentan sustancialmente, la FSH aumenta antes y a un ritmo más acelerado que la LH.^{10,16}



Tabla 1

Valores de FSH en sangre mUI/ml	
Fase Folicular	4 a 15
	15 a
Mitad de ciclo	25
Fase Luteínica	4 a 15
	30 a
Postmenopausia	200

Fuente: Tomado del Libro “Interpretación clínica de laboratorio”.¹⁷



Tabla 2

Valores de LH en sangre mUI/ml	
Fase Folicular	15 a 18
Mitad de ciclo	50 a 100
Fase Luteínica	4 a 10

Fuente: Perez, Ginecología ¹¹

Manifestaciones Clínicas

Vasomotores.

Las oleadas de calor o bochornos ocurren en el 75% de las mujeres con pérdida de la función ovárica, se presentan de forma súbita y causan transpiración incluso en ambientes fríos, comienzan como una sensación de presión en el tórax, ascendiendo a la cabeza, se percibe calor en la cara, cuello y tórax lo cual es seguido de transpiración, la



frecuencia de presentación puede ser de 1 a 2 por hora hasta 1 a 2 por semana, pueden tener una duración en promedio de 4 minutos, en el 80% de los casos tiene una duración de un año y por lo menos en el 25% de mujeres dura hasta 5 años.¹⁰

Los pulsos de GnRH (hormona liberadora de la gonadotropina) y LH, el sistema nervioso autónomo, controlador de la termorregulación es activado por la noradrenalina.¹⁰

Genitourinarios

Dentro de los órganos que poseen receptores a los estrógenos, la vagina y la vejiga constituyen los mas sensible al cambio en los pulsos estrogénicos, por ejemplo en la vagina mantiene un epitelio grueso y húmedo y una secreción ácida (pH 4), la ausencia de esto adelgaza y alcaliniza las secreciones (pH 7) por lo que en el déficit estrogénico se produce una disminución de las células intermedias y superficiales del epitelio escamoso, con la consiguiente regresión de su maduración, dando mayor tendencia a sufrir infecciones, además rupturas capilares, prurito, irritación y la dispareunia resultante, los labios menores son secos y pálidos, hay una disminución de la grasa subcutánea de los labios mayores. En cambio en la



vejiga se produce una disminución en la elasticidad de la misma, sin que se presente disminución en el débito urinario por lo que se produce urgencia miccional y nicturia, la uretra distal se hace rígida lo cual lleva a un ectropion.¹⁰

Metabolismo Óseo

La masa ósea posee numerosos receptores de estrógenos, durante la vida antes de la menopausia existe un equilibrio entre la formación y resorción de masa ósea, la presencia de estrógeno es el elemento importante en el intercambio de Calcio sérico, con la captación de este mineral se inhibe el aumento en la pérdida de hueso.⁷ Después de la menopausia hay pérdida de la densidad ósea de aproximadamente 3% por año durante los primeros cinco años.^{7,10,16}

Otros Órganos

En otros órganos como la piel se observa pérdida de la elasticidad, sequedad, arrugas, adelgazamiento de la epidermis, las capas basales se inactivan, deshidratan y disminuye la vascularización, además degeneración de las fibras elásticas y depósito de colágeno.¹⁰ En el pelo se produce un adelgazamiento debido a los estrógenos disminuidos conjuntamente con los niveles sostenidos de andrógenos se ocasiona engrosamiento del vello sobre



todo del labio superior, aumento en la pigmentación y ligera calvicie.^{7,16}

Alteraciones Psicoafectivas

Al llegar a la menopausia se presentan manifestaciones relacionadas con el estado de ánimo, pero no siempre estas conducen al deterioro de la salud mental.

En la sociedad actual se considera que la mujer al terminar su etapa reproductiva, da un giro amplio en lo que se refiere a su rol en la sociedad, además de su indispensable papel en el hogar que no se trata simplemente de la labor de parir sino que se acompaña de responsabilidad encaminada a forjar individuos de provecho al servicio de la humanidad, es en esta época donde esta función aparentemente se da por concluida y se siente relegada, dejando de ser un ente atractivo por haber perdido su papel reproductivo, que es muy valorado sobre todo por la población masculina, y da paso lento e inseguro, disminuyendo su autoestima por encontrarse fuera de la época, sintiéndose incapaz de competir con nuevos adversarios y de proponerse nuevos retos.

En un estudio realizado en Cuba por Navarro et al en 1995, con 185 mujeres de las que 96 tenían síntomas de labilidad emocional y se concluye que es frecuente que algunas



mujeres en esta etapa se sientan tristes, irritables, con llanto fácil, ansiosas, preocupadas por su salud y despreocupadas por ellas mismas y necesitadas de apoyo y comprensión; 3 pacientes refirieron trastornos psiquiátricos previos, 16% no presentaron disfunción en el área cognitiva, por lo que se le atribuyó a las variaciones biológicas por falla estrogénica y un 80% de los problemas presentados en el área de labilidad emocional parecen estar condicionados por factores sociales.⁷

Depresión en la mujer

La declinación hormonal produce cambios neuroendocrinos en diferentes áreas del cerebro que se traducen en la sintomatología que puede aparecer en esta etapa. A nivel hipotalámico el descenso del nivel estrogénico da lugar a los síntomas vasomotores, desórdenes en las conductas alimentarias y alteración de la presión arterial mientras que a nivel del sistema límbico en general, los cambios producidos por el descenso estrogénico dan lugar a trastornos psicológicos como depresión o desbalances del estado de ánimo, ansiedad e irritabilidad.

Existe una actividad directa de los niveles de estrógenos sobre el cerebro, este es un factor que puede explicar la mayor incidencia de la depresión unipolar en la mujer con



respecto al varón, así como los Trastornos Disfóricos Premenstruales, pues es comprensible que los cambios frecuentes de las concentraciones hormonales puedan determinar una mayor labilidad en el cerebro femenino.¹⁸

Los esteroides actúan sobre la membrana de la célula blanco, y forma un complejo hormona-receptor para después inducir a la síntesis proteica en el núcleo. Existen varias áreas del sistema nervioso central que posee receptores esteroides como: corteza, sistema límbico, hipocampo, cerebelo, locus cereleous, hipotálamo, amígdala y el área pre óptica. Además existen receptores hormonales para estrógenos y progesterona en las neuronas y en las células de la glía.⁷

Los receptores y sus metabolitos pueden actuar sobre receptores de membrana para neurotransmisores y de esta manera modular la excitabilidad neuronal con acciones rápidas como por ejemplo así sucede con los receptores del GABA (ácido gammaaminobutírico).⁷

Durante el climaterio la disminución de estrógenos genera reducción de la biodisponibilidad de neurotransmisores como: norepinefrina, serotonina, dopamina, GABA, B endorfinas, (CRF) hormona liberadora de corticotrofina,



(THR) hormona liberadora de la tirotrófina, (GH-RH) hormona liberadora de la hormona de crecimiento, neuropéptido y GnRH.⁷

En la síntesis de los neurotransmisores intervienen los estrógenos, así también en su liberación y catabolismo. Existen enzimas formadoras de neurotransmisores que son estimulados por los estrógenos y que en el hipoestrogenismo se frena su acción biosintética Ejm: tirosina hidroxilasa que sintetiza catecolaminas, 5OHtriptamina descarboxilasa que sintetiza serotonina, y la DOPA descarboxilasa que sintetiza dopamina. Las enzimas catabólicas (monoaminooxidasa MAO, catecol o metil transferasa CoMT) de neurotransmisores se liberan cuando los niveles de estrógenos descienden. Los estrógenos mejoran la biodisponibilidad de los neurotransmisores al disminuir el catabolismo y aumentar el metabolismo de los mismos, en el climaterio esto se invierte; los neurotransmisores están relacionados con funciones cerebrales específicas (tabla 3).^{7,18}



Tabla 3

Relaciones Específicas entre Neurotransmisores y Función Cerebral	
Serotonina	Sueño, ansiedad, memoria, apetito, conducta y comportamiento sexual.
Adrenalina	Temperatura corporal, ánimo y depresión.
Dopamina	Comportamiento sexual, ánimo, memoria, y conducta.
B- Endorfinas	Sensación de dolor y bienestar.
Neuropéptido Y	Conducta sexual y alimentaria, ciclo sueño y vigilia.

Fuente: Tomado del libro Menopausia y Longevida⁷

Los esteroides modulan la actividad neuronal.- Además de existir receptores de esteroides en el sistema nervioso central, éste también tiene la capacidad de sintetizar los llamados neuroesteroides denominados así por el sitio de formación. Los esteroides sintetizados por el SNC podrían



estar actuando sobre los receptores de membrana de los neurotransmisores e ingresar en el circuito modulador de neurotransmisión además de que tendrían efectos tróficos e incluso estimular la respuesta reparativa de las neuronas y de la glia. Se postula el efecto regenerativo de los neuroesteroides.

Las hormonas sexuales actúan en el cerebro a través de dos mecanismos fundamentales:

- a) Mecanismo lento o genómico: Actúan sobre los receptores intranucleares, induciendo modificaciones genéticas, modulando la síntesis, liberación y metabolismo de neuropéptidos y neurotransmisores.
- b) Mecanismo rápido no genómico: influenciando la excitabilidad eléctrica y la función sináptica por activación de receptores de membrana.

Estrés psicosocial

Puede afectar los valores de los esteroides gonadales durante el climaterio y menopausia y, de este modo, influir sobre el estado de ánimo. El tránsito por esta etapa dependerá en parte del valor que la cultura o el medio asignen a la fertilidad y la maternidad, así como a la belleza



y juventud de la mujer. Las mujeres de niveles socioeconómicos y culturales más bajos parecen tener mayor sintomatología afectiva en la perimenopausia. Hunter et al.³⁵ encontraron que ciertos síntomas psicológicos y somáticos ocurrían juntos en síndromes específicos. Algunos de esos síntomas, como los vasomotores y las dificultades sexuales, eran mejores predictores del estado menopáusico, mientras que otros, como los síntomas psicológicos y somáticos, ocurrían significativamente asociados con factores psicosociales.⁷

La OMS concluye que existe una elevación de los síntomas psicológicos que ocurre entre 1 y 2 años antes del cese de la menstruación, y una disminución de los síntomas uno o dos años antes de la menopausia.¹⁴

El modo de cómo declinan las hormonas asociados a la menopausia afectan la calidad de vida de la mujer, además parecen estar relacionados con la insatisfacción marital y los problemas económicos.

Muchos de Los cambios de la función cerebral alteran el humor se deben a cambios en la concentración de estrógenos a nivel cerebral ya que se ha demostrado la



presencia de receptores para estrógenos y progesterona en el sistema límbico y en el hipotálamo, además los estrógenos deprimen la actividad de la MAO (Monoamino oxidasa) simulando el efecto de los antidepresivos.

Síntomas afectivos¹⁹

- **La tristeza patológica**, también denominada tristeza vital, humor depresivo o humor disfórico, es el síntoma nuclear del síndrome depresivo. Se caracteriza por su cualidad negativa, desagradable, displacentera, difícil de expresar y a veces difícil de percibir, y que envuelve al sujeto y a todo su mundo relacional intra e interpersonal.
- **La ansiedad**, estado de alerta que se experimenta como un miedo intenso sin causa conocida, que puede manifestarse en la impresión subjetiva del paciente como si estuviese esperando algún acontecimiento terrible, acompañándose de fenómenos de inquietud, intranquilidad, desasosiego, desesperación y necesidad urgente de alivio o ayuda.
- **La irritabilidad** se suele caracterizar por la reacción desproporcionada e injustificada ante cualquier estímulo, de forma violenta, denotando una



hipersensibilidad morbosa, y a menudo con una actitud huraña por parte de los pacientes y tratando de evitar el contacto con los demás.

- **La anestesia** del sentimiento o la incapacidad de expresar otros sentimientos u otras preocupaciones por su entorno. Los pacientes suelen estar invadidos por una sensación de vacío interior que les impide experimentar interés por las personas que les rodean.
- **La apatía** se ha definido como un estado generalizado de indiferencia que envuelve todo el impulso vital y que se manifiesta por el desinterés en todas las actividades del sujeto.

El diagnóstico de depresión en el climaterio se establece cuando están presentes al menos cinco de los siguientes síntomas por más de 2 semanas:^{20,21}

- Insomnio (dificultad para dormir) o hipersomnio (sueño excesivo)
- Cambios marcados (incremento o decremento) en el nivel de actividad física o intranquilidad.
- Sensación de cansancio o falta energía casi de todos los días



- Incremento o decremento en el apetito casi todos los días, resultando en ganancia o pérdida de 5% o más de peso.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones u olvidos casi diario
- Sentimiento de culpa casi todos los días
- Sentimiento de desesperanza en que la vida no vale la pena vivirse y en ocasiones la aparición de ideas suicidas.

Para el diagnóstico de depresión se puede aplicar el Test Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) desarrollado por Lenore Radloff en el estudio "A self-report depression scale for research in the general population". Applied Psychological Measurement 1977. Su validación al español por Soler y colaboradores en el estudio "Población Española De Pacientes Con Trastornos Afectivos"; publicado en la revista: Actas Luso-Español De Neurología- Psiquiatría en 1997.

La selección de ítems se realizó a partir de diversas fuentes (Escala de Depresión de Zung, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Raskin, etc.), y se centra



fundamentalmente en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Es un cuestionario de 20 ítems, que comprende cuatro dominios: estado depresivo (siete preguntas), síntomas somáticos (siete preguntas), ánimo positivo (cuatro preguntas) y relación interpersonal (dos preguntas) con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem.

Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos.

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 0 a 3 para los de sentido negativo, y de 3 a 0 para los de sentido positivo (ítem 4, 8, 12, 16); el rango de puntuación es de 0 – 60 puntos. El punto de corte usualmente utilizado es > 17 .

Estos resultados sirven para reconocer si las pacientes tienen o no depresión más no sirve para identificar la intensidad de la misma.



Esta escala ha sido utilizada ampliamente, con varios estudios de validación en diferentes poblaciones y entre pacientes con distintas patologías, teniendo una adecuada sensibilidad (95 a 100%), especificidad (88 a 91%).

Etimología: Deriva del latín *depressio* que significa hundimiento, se le otorgó tal significado debido a que el paciente presenta sentimientos como si estuviera hundido, con un peso sobre su existencia.¹⁴

La prevalencia de esta enfermedad en la población en general está entre el 3 al 6%, con un riesgo de morbilidad de un 20%, presentándose una proporción mayor en las mujeres, siendo en ellas un 21.3%, se considera que un 17.2% de la población presenta o presentará un episodio depresivo en cualquier etapa de su vida.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación de Psiquiatría de los E.E.U.u., en su versión revisada (DSM-IV TR) "Un paciente presenta depresión si tienen estado de ánimo deprimido y /o la imposibilidad de disfrutar actividades en una manera placentera durante 2 semanas y un mínimo de 4 síntomas de los siguientes:



- Humor deprimido casi todos los días o casi todo el día.
- Pérdida de placer o interés por las tareas habituales.
- Perdida o aumento de apetito.
- Insomnio o Hipersomnia
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Perdida de energía o fatiga
- Sentimientos de inutilidad o reproche.
- Disminución de la capacidad de pensar o de concentración.
- Ideas recurentes de muerte o desea de estar muerto.

Según el DSM IV TR clasifica a la depresión en: ¹⁴

- (296,2x) Depresión Mayor, episodio único: Síndrome depresivo completo de días o meses.
- (296,3x) Depresión mayor, recurrente: Varios episodios de depresión mayor.
- (300,4) Distimia: Alteración crónica, duración de 2 años o más, del estado de ánimo con el síndrome incompleto de depresión.



- (311,00) Trastorno depresivo, sin otra especificación:
grupo residual para cuadros depresivos atípicos.

Trastorno del ánimo debido a una condición medica general

- (293,83) Endocrinológicas debidas a hiper o hipo
(tiroidismo, aldosteronismo, adrenocortisismo),
síndrome carcinoide, disfunción ovárica, testicular.

A pesar de existir un volumen importante de trabajos en los que se explora la prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas, es difícil comparar los hallazgos dado que los instrumentos utilizados para establecer la presencia de depresión son muy diversos, debido a que estos van desde la pregunta “¿se siente Ud. deprimida?”, hasta entrevista clínica estructurada por psiquiatra, lo cual explica la gran variabilidad de los resultados.



En la tabla siguiente se pueden observar los resultados de los estudios sobre prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopausicas realizados en diferentes lugares del mundo.

TABLA 4

Resultados de los estudios de prevalencia de depresión en mujeres perimenopáusicas

Sitio (año)	Tipo de estudio	Método de evaluación	Mujeres evaluadas	Prevalencia
E.U. (2003) ⁴	Trasversal como línea de base de cohorte WHI	CES-D	29,705 (50-59 años)	18.1%
			41,197 (60-69 años)	14.8%
			22,774 (70-79 años)	14.5%
Polonia (2003) ⁵	Trasversal en consulta ginecológica	Entrevista clínica	2,262 (45-55 años)	19.0%
Inglaterra, Escocia y Gales (2003) ⁶	Trasversal poblacional	Entrevista clínica	736 (55-64 años)	6.3%
Holanda (2002) ⁷	Trasversal poblacional	Escala de depresión de Edimburgo	475 en premenopausia	9.0%
			982 en perimenopausia	10.8%
			646 en postmenopausia	5.9%
Taiwán (2002) ⁸	Trasversal poblacional	"Sentirse deprimida"	161 en menopausia	20.0%
Austria (2002) ⁹	Trasversal en consulta de medicina preventiva	Cuatro preguntas diseñadas <i>expofeso</i>	5,247 (40-74 años)	17.0%
Turquía (2001) ¹⁰	Serie de casos de consulta especializada	Inventario de Depresión de Beck	32 (40-55 años) con menopausia	56.3%
			32 (40-55 años) en premenopausia	6.3%
Filipinas (1999) ¹¹	Trasversal poblacional	CES-D	165 (35-56 años)	24.8%
Chile (1998) ¹²	Trasversal poblacional	CES-D	171 (45-55 años)	39.0%
E.U. (1995) ¹³	Serie de casos	"Sentirse deprimida"	320 (40-65 años) con historia de cáncer mama	44.0%
México (1995) ¹⁴	Trasversal poblacional	Escala de Hamilton	222 (36-61 años)	40.8%
E.U. (1995) ¹⁵	Trasversal poblacional	"Sentirse deprimida"	589 (50-89 años)	20.0%

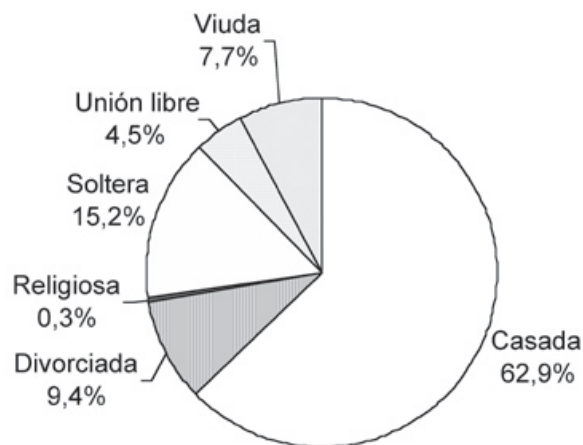
Fuente: Revista de la MedUNAB²²



En Colombia, en la Universidad de Bucaramanga se realizó un estudio sobre la presencia de síntomas depresivos en mujeres menopausicas durante el años 2005 en el que se obtuvieron los siguientes resultados: De un total de 609 encuestas, de las cuales se descartaron 28 (4.6%), 17 por corresponder a mujeres con edad por fuera del rango de estudio (entre 45 y 55 años) y 11 que no la contestaron completamente el Cuestionario para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (el cual fue empleado en este estudio), quedando 581 mujeres para el análisis.

La edad osciló entre 45 y 55 años, con promedio en 50.30 (Desvio Estandar DE 3.25) años. Más del 60% eran casadas (GRAFICO 1).

GRAFICO 1



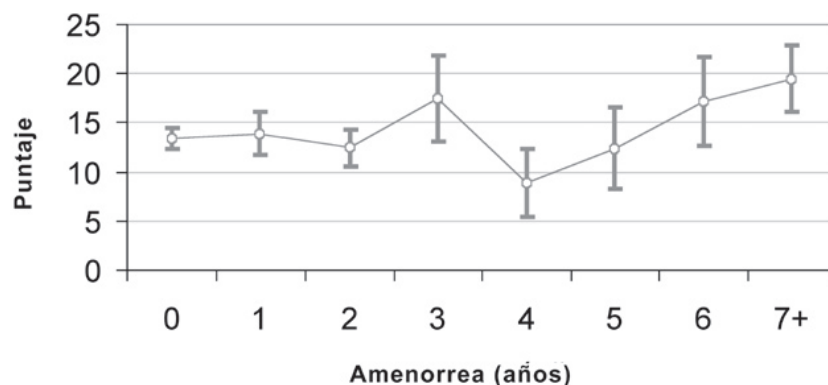
Fuente: Revista de la MedUNAB



Unas 153 (26.3%) mujeres habían tenido histerectomía por diferentes razones; 108 (16.6%) recibían TRH; 376 (64.7%) tenían vida sexual activa. 207 tenían amenorrea por más de 12 meses, correspondiendo entonces a una prevalencia de menopausia de 35.6% (IC 95% 31.7-39.7).²²

El puntaje de la encuesta CES-D (Grafico 2) osciló entre 0 y 39 puntos, con promedio de 13.6 (DE 8.4) puntos; 26% de las mujeres se ubicaron entre 0 y 7 puntos, mientras que el 24% superior lo hizo entre 20 y 39 puntos.²²

GRAFICO 2



Fuente: Revista de la MedUNAB²²

Este puntaje no es estadísticamente diferente entre las mujeres de cada grupo de edad, de estado civil, si usan o no TRH, o si han sido sometidas a histerectomía; sin embargo, las mujeres que manifiestan tener una vida sexual activa tienen un puntaje inferior a las que no la



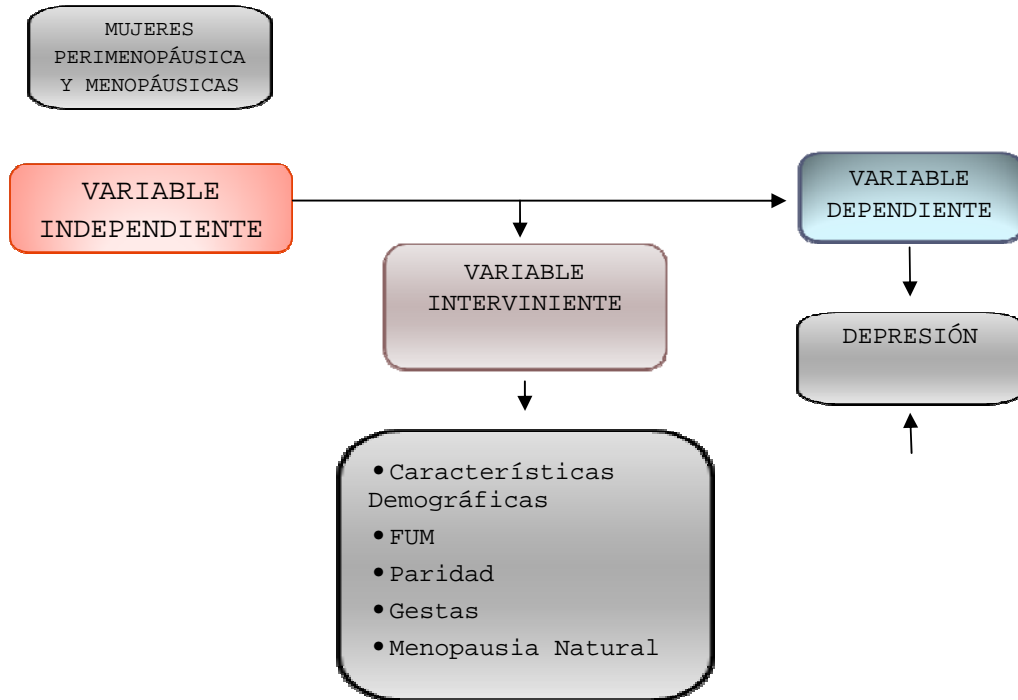
tienen: 13.27 (DE 8.26) vs 14.54 (DE 8.61) puntos ($p = 0.087$), al igual que el tiempo de amenorrea (gráfico 2, $p = 0.001$).²²

Solo dos factores se asocian con el puntaje de la encuesta CES-D; por un lado, el tiempo de amenorrea lo es positivamente (coeficiente $\beta = 0.67$, IC 95% de 0.29 a 1.06), mientras que la edad lo es en forma negativa (coeficiente $\beta = -0.63$, IC 95% de -0.63 a -0.07).

Esta asociación es luego de ajustar por la historia de histerectomía y el uso de terapia de reemplazo hormonal, mientras que el estado civil y el tener una vida sexual activa no afectan en forma alguna el modelo.²² Ciento ochenta y ocho de las 581 encuestadas tuvieron un puntaje igual o superior a 17, correspondientes a SDIC (Síntomas de depresión de importancia clínica), lo que equivale a una prevalencia de 32.4% (IC 95% 28.6 – 36.3).²²

HIPOTESIS

La depresión en mujeres que atraviesan la Perimenopausia y menopausia es muy frecuente en nuestro medio y se debe a la declinación de los estrógenos en esta etapa.



OBJETIVOS

1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de Depresión en mujeres perimenopausicas y menopausias que son atendidas en consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.

2. Objetivos específicos



- Determinar las características demográficas de las mujeres perimenopausicas y menopausias que acuden a la consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Identificar la presencia de las manifestaciones clínicas de menopausia predominantes en las mujeres perimenopausicas y menopausias.
- Identificar la prevalencia de síntomas depresivos y correlacionar con los valores de estrógenos.



METODOLOGIA

1. Tipo de estudio

El presente es un estudio de tipo transversal, descriptivo.

2. Área de Estudio:

Hospital VCM: Ubicado en Ecuador, región sierra, provincia del Azuay, Cantón Cuenca, área urbana, parroquia El Vergel, en la Avenida 12 Abril

3. Universo:

Mujeres entre 35 y 60 años que asistieron por consulta externa al HVCM.

4. Muestra:

Mujeres perimenopausicas y menopausias que presentaron síntomas depresivos en consulta externa del HVCM.

El cálculo estadístico realizado con el programa Epi-info colocando como población a 756 mujeres con edad comprendida entre 36 y 64 años, que fueron atendidas



durante el primer trimestre del presente año en consulta externa de ginecología, dato obtenido del departamento de estadística del HVCN.

Se multiplicó la población del primer trimestre de este año por 4 para obtener un promedio anual aproximado que resultó en 3024 personas, tomando en cuenta la frecuencia de la depresión del estudio realizado en Cuba (27%) y un margen aceptable de error del 20 %, se obtuvieron los siguientes resultados:

Población	3024 personas
Frecuencia menor Esperada	27%
Error Aceptable	20%
IC 80%	65 personas
IC 90%	105 personas
IC 95%	147 personas
IC 99%	246 personas
IC 99.9%	382 personas
IC 99.99%	509 personas



Eligiendo el intervalo de confianza del 95%, la muestra estudiada alcanza un número de 147 personas.

5. Criterios de Inclusión:

Mujeres de entre 35 y 60 años que estén en perimenopausia y menopausia que acuden a la consulta externa de ginecología del HVCM.

6. Criterios de Exclusión:

Mujeres con menopausia artificial o iatrogénica.

7. Recolección De Los Datos

Para la recolección de los datos en primera instancia se seleccionó a las mujeres que acudieron a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital Vicente Corral Moscoso que tengan la edad comprendida entre los 35 a 64 años y tras previa aceptación del consentimiento informado (Anexo 3) por parte de la paciente se aplicó el Test CES-D (Anexo 4).



Como segunda parte del estudio se realizó un examen hematológico a todas las mujeres que conforman la muestra para la cuantificación de estrógenos con los cuales tratamos de buscar la existencia o no de relación de la depresión con los valores de estrógenos.

Además de ser un requisito para la obtención del título, nos propusimos este tema debido a la falta de estudios en nuestro medio, Por ello si se nos presenta la oportunidad daremos a conocer estos resultados a nuestra comunidad.

8. Procedimiento Para Recolección De La Información: En base a la sumatoria de la puntuación obtenida en el test, se cataloga la presencia de depresión o no, y como segundo punto se llevo a cabo el examen de sangre en el laboratorio del centro de diagnóstico e investigaciones de la universidad con el que se obtuvieron los valores hormonales (estrógenos), de cada participante.

Las participantes en este estudio lo hicieron en forma completamente voluntaria.

La investigación duro 3 meses en total. Durante ese tiempo, las participantes acudían al hospital a consulta externa de Ginecología, en donde se le aplicaba el test, por



una investigadora mientras otra tomaba la prueba de sangre, para la valoración de estrógenos.

Al colaborar en esta investigación no estaban sujetas a mayor riesgo en la extracción de la muestra de sangre, ni en la aplicación del test.

Durante la investigación no hubo beneficio directo, para las partícipes, sin embargo nos sirvió para encontrar la respuesta a la investigación, y nos mostró la alta prevalencia de síntomas de depresión en mujeres perimenopáusicas y menopáusicas en nuestro medio siendo importante dar a conocer los resultados para entablar medidas en nuestro hospital para una valoración más profunda, un adecuado seguimiento y el manejo interdisciplinario, de las mujeres dentro de este grupo etario que asiste al servicio de Consulta Externa de Ginecología.

No hubo Incentivo económico a las colaboradoras ni costos del examen de sangre los cuales fueron cancelados por las investigadoras.

La información que recolectamos para este proyecto de investigación se mantuvo en forma confidencial. Se le asignó un número de identificación en vez del nombre de la participante. Solamente los investigadores sabían el vínculo



de ese número con el nombre y la información No se compartió la información a nadie excepto al Director de la investigación Dr. Jaime Ñauta.

Los resultados del examen de sangre fueron dados a cada una de las participantes, al acudir nuevamente a control.

9. **Compartir los resultados:** Se tratará de publicar los resultados de nuestra investigación para ponerlos a consideración de las personas interesadas.

Esta propuesta ha sido evaluada y aprobada por el comité de evaluación ética de la Universidad de Cuenca, De La Facultad de Ciencias Médicas, De La Escuela de Medicina.



3. RESULTADOS:

Tabla 5

TABLA BASAL

VARIABLE	Prevalencia De Depresión			Niveles De Estrógenos	
	Numero Total	Presentación De La Depresión	Porcentaje De Depresión	Numero Participantes Con Niveles De Estrógenos Bajos	Porcentaje Con Nivel Bajo Estrogenos
Edad					
36-40	36	19	52,00	15	41,67
41-45	31	16	52,00	13	41,94
46-50	32	17	52,00	13	40,63
51-55	17	9	52,00	7	41,18
56-60	20	10	52,00	8	40,00



61-65	11	6	52,00	5	45,45
Total	147	76	52,00	61	41,50
Estado civil					
Soltera	15	8	53,33	6	40,00
Casada	98	51	52,04	40	40,82
Unión libre	18	9	50,00	7	38,89
Divorciada	12	6	50,00	5	41,67
Viuda	4	2	50,00	2	50,00
Total	147	76	51,70	60	40,82
Instrucción					
Ninguno	9	1	11,11	4	44,44
Primaria	35	24	68,57	14	40,00



Secundaria	84	47	55,95	34	40,48
Superior	18	3	16,67	7	38,89
Otros	1	1	52,00	0	0,00
Total	147	76	51,37	59	40,14
Ocupación					
QQDD	76	38	50,00	31	40,79
Contadora	4	3	75,00	2	50,00
Agricultora	6	4	66,67	2	33,33
Empleada privada	12	6	52,00	5	41,67
Profesora	9	4	44,44	4	44,44
Secretaria	8	2	25,00	3	37,50
Comerciante	20	11	55,00	8	40,00
Estilista	3	1	33,33	1	33,33



Costurera	2	2	100,00	0	0,00
Enfermera	7	5	71,43	3	42,86
Total	147	76	51,86	59	40,14
Paridad					
Nulípara	7	4	57,14	3	42,86
Primípara	10	3	30,00	4	40,00
Multípara	130	68	52,00	53	40,77
Total	147	75	50,75	60	40,82
Hijos muertos					
No presenta hijos muertos	132	69	52,27	54	40,91
Con 1 hijo	13	8	61,54	4	30,77



muerto					
Con 2 o más	2	2	100,00	1	50,00
Total	147	79	53,74	59	40,14
Sintomatología					
Bochornos	53	28	18,75	22	41,51
Sudoración	41	21	14,50	24	58,54
Plurito	4	2	1,41	2	50,00
Dispauremia	11	6	3,89	6	54,55
Itu	4	2	1,41	2	50,00
Sequedad vaginal	18	9	6,37	2	11,11
Urgencia miccional	4	2	1,41	1	25,00
Nicturia	6	3	2,12	1	16,67



Osteoporosis	1	1	0,35	0	0,00
Ostetopenia	1	1	0,35	0	0,00
Perdida de la elasticidad de la piel	11	6	3,89	6	54,55
Arrugas	13	7	4,60	6	46,15
Piel deshidratada	13	7	4,60	5	38,46
Adelgazamiento del pelo	6	3	2,12	1	16,67
Engrosamiento del vello del labio	6	3	2,12	1	16,67



Ligera calvicie	3	2	1,06	1	33,33
Total	195	101	52,00	80	41,03

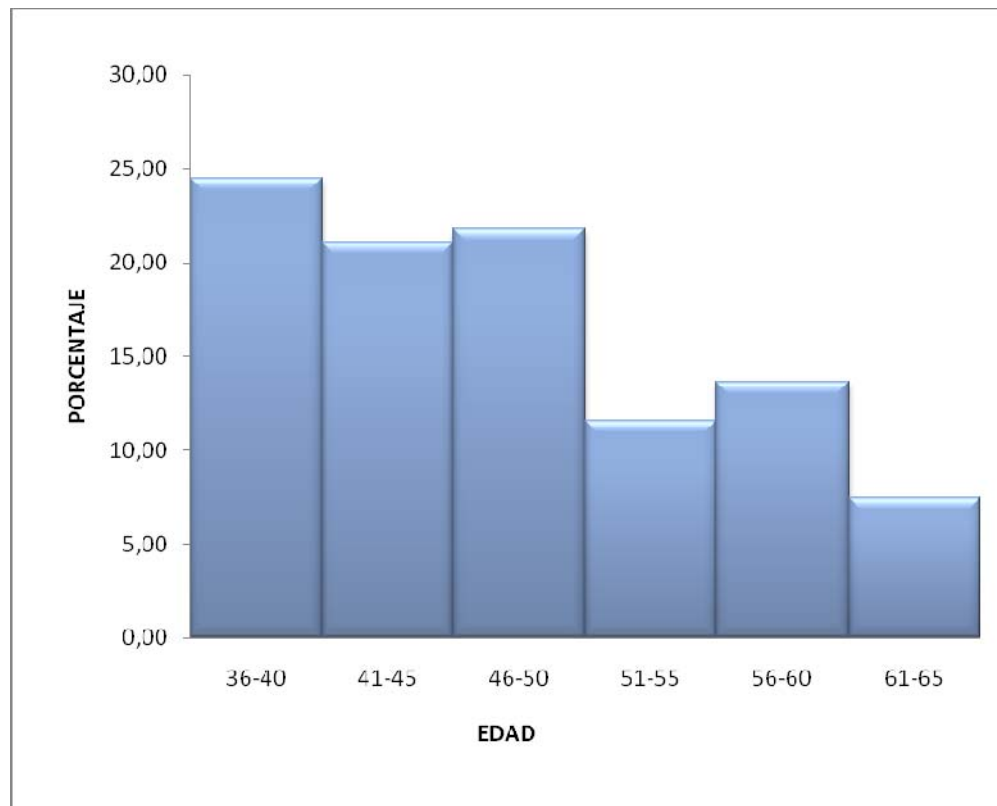
FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I

Grafico 3

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN EL “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO-JULIO 2008

Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y menopausia según edad



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

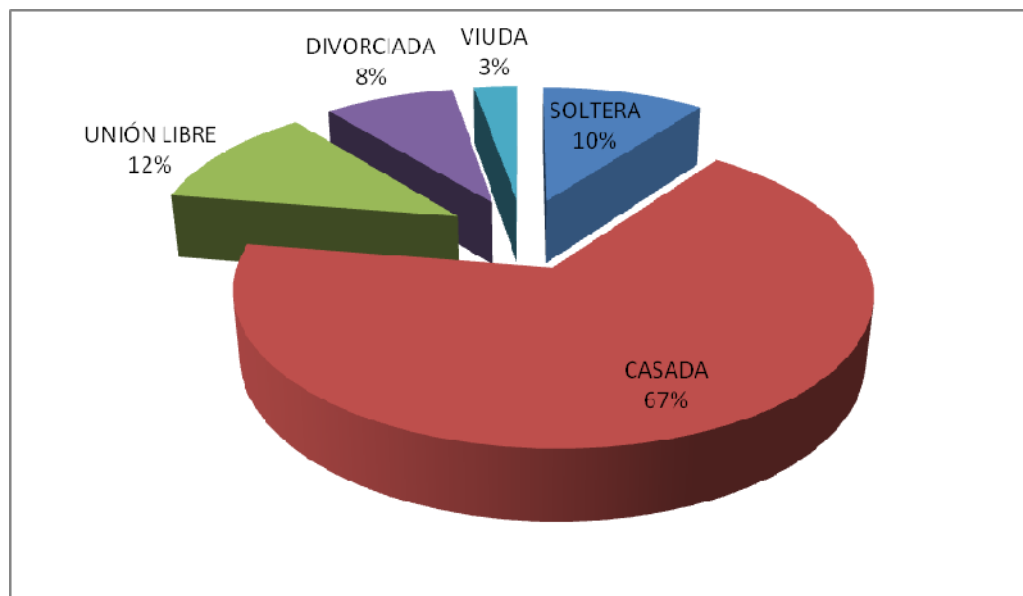
En el gráfico 1 podemos observar que el 67% de las pacientes corresponden al período de perimenopausia y menopausia, es decir entre los 36 y 50 años de edad.

Grafico 4



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según estado civil**



**FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS**

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

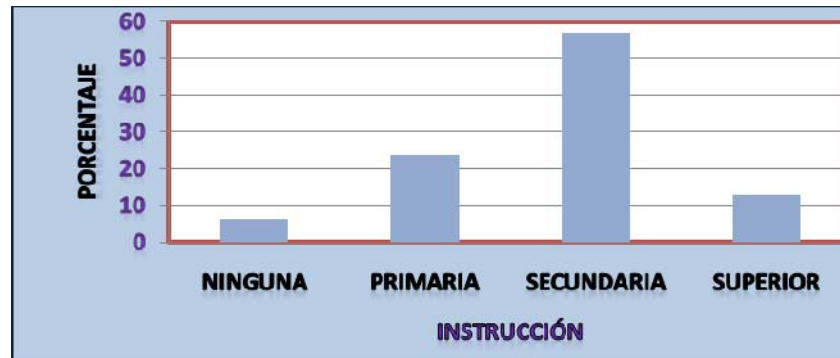


Al distribuir las 147 mujeres en perimenopausia y menopausia que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, de acuerdo al estado civil se evidencia que el mayor porcentaje corresponde casadas con el 67%, seguida por unión libre con el 12% y solteras 10%.

Grafico 5

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y menopausia según instrucción



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

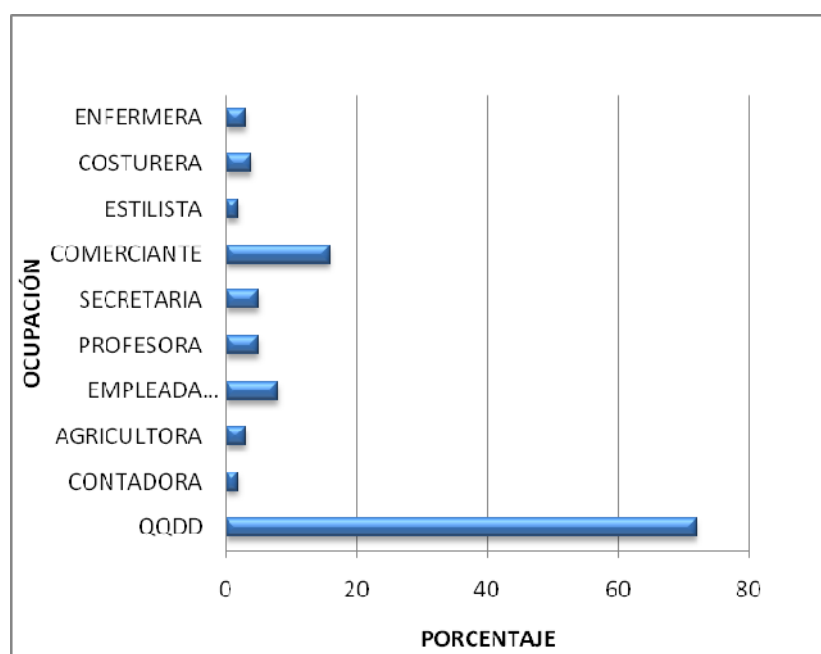
En relación con el nivel de instrucción y mujeres en perimenopausia y menopausia que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, corresponde el 57% a nivel secundaria seguida por 24% por el nivel primario.

Grafico 6



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y menopausia según ocupación



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

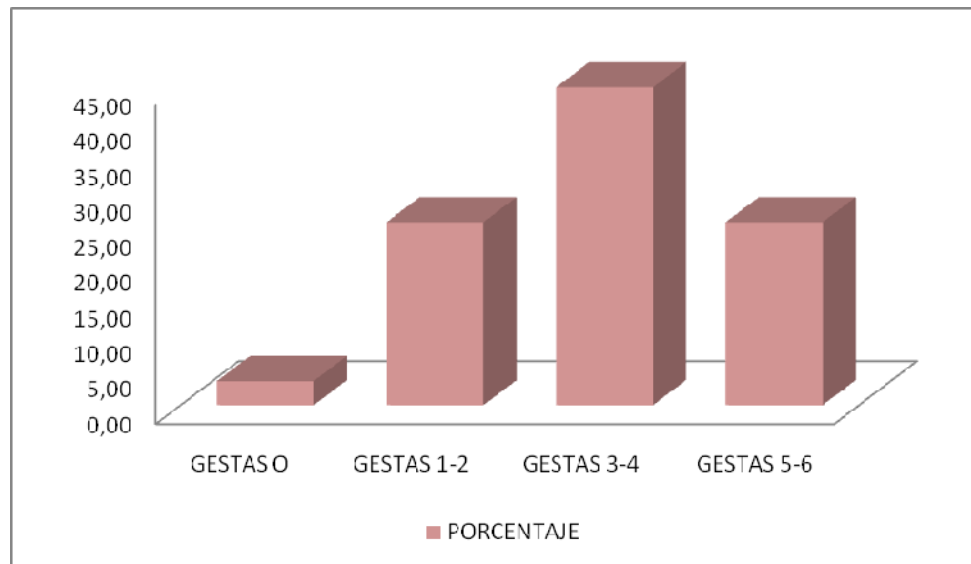


En relación con la ocupación y mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en perimenopausia y menopausia observamos que el 71% corresponde a quehaceres domésticos, seguido por 15% a comerciante.

Grafico 7

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según gestas.**



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

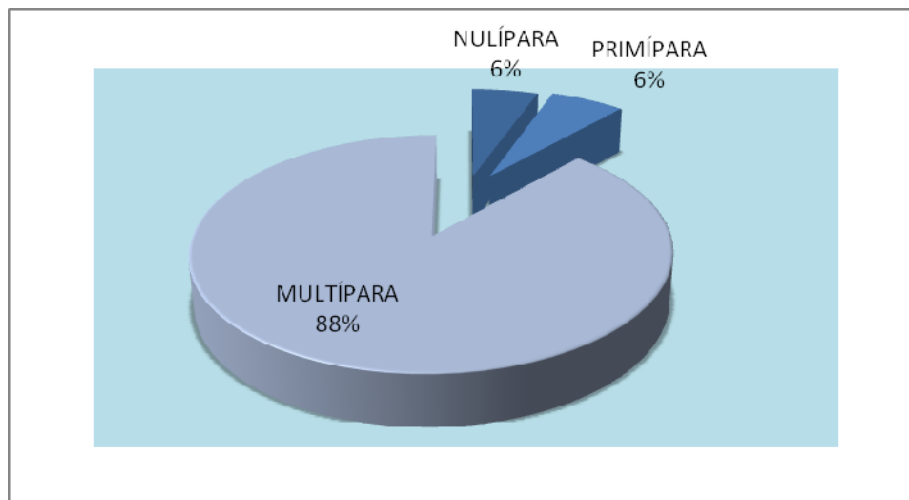
En relación al número de gestas y mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital "Vicente Corral Moscoso", en perimenopausia y menopausia observamos que el 63% corresponde a mujeres con 2, 3 y 4 gestas.

Grafico 8



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y menopausia según paridad



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

Al distribuir 147 mujeres que acuden al servicio de consulta
externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en



perimenopausia, menopausia observamos que el 88% corresponde a mujeres con multíparas lo cual coincide con el porcentaje más alto en relación con el número de gestas que oscilaba entre 2,3 y 4.

Grafico 9

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según hijos muertos.**

-



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

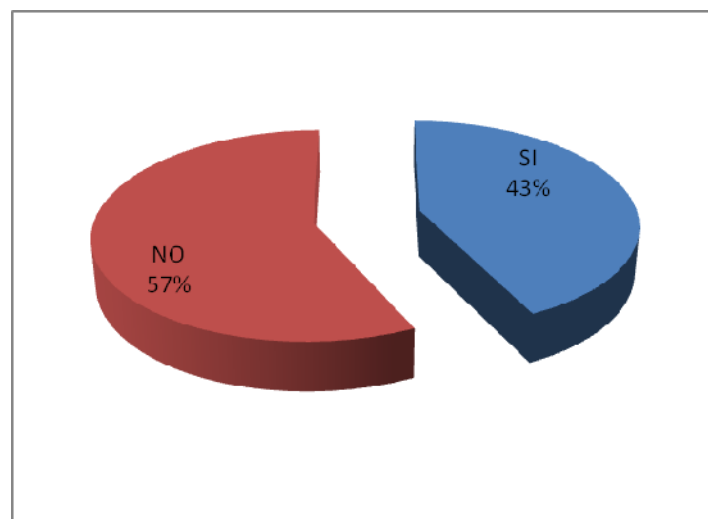
El gráfico147 mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en perimenopausia y menopausia observamos que el 63% corresponde a mujeres con 2, 3 y 4 hijos vivos.

Gráfico 10



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según menopausia natural.**



**FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS**

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS

I.

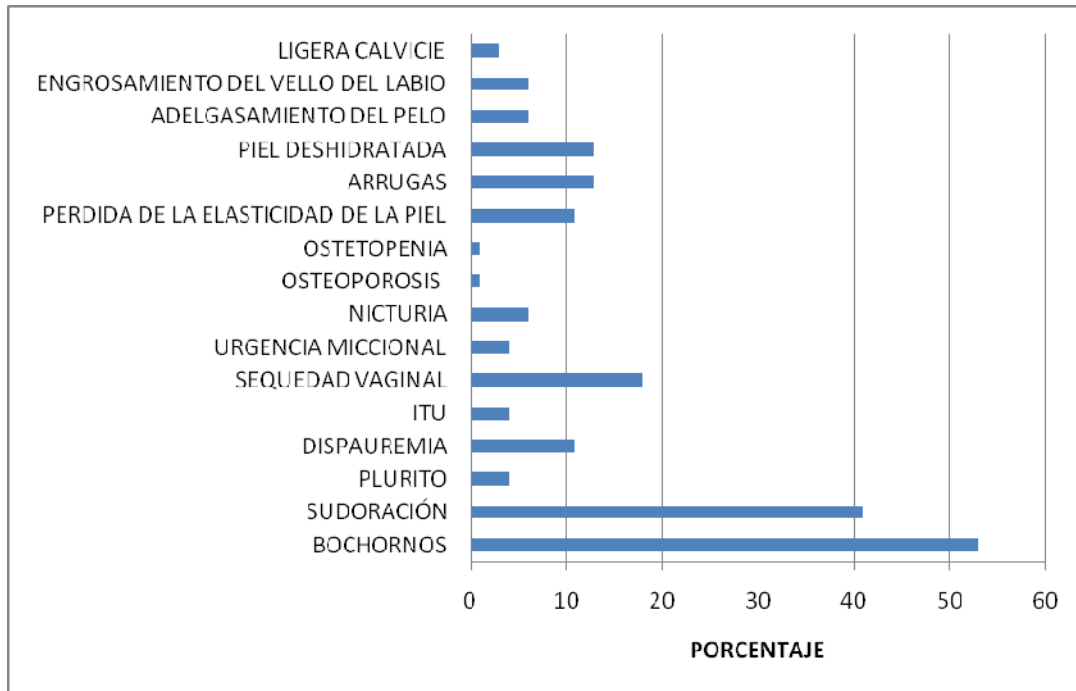


El gráfico nos permite valorar el 57% de mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso” corresponde a mujeres que no presentan menopausia y el 43% tiene menopausia.

Gráfico 11

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según síntomas y signos.**



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

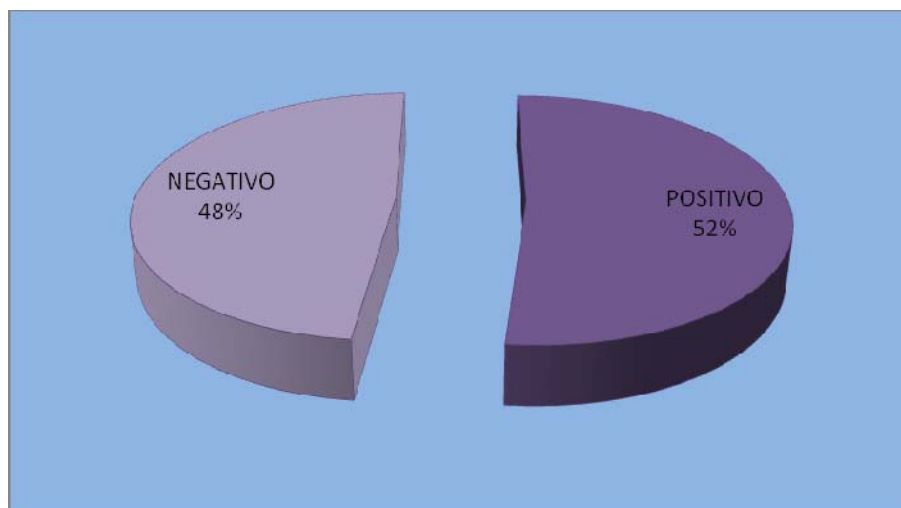
Al distribuir 147 mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en perimenopausia y menopausia observamos que los síntomas vasomotores son los predominantes seguidos por los síntomas de índole sexual.



Grafico 12

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según depresión Test CES-D.**



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

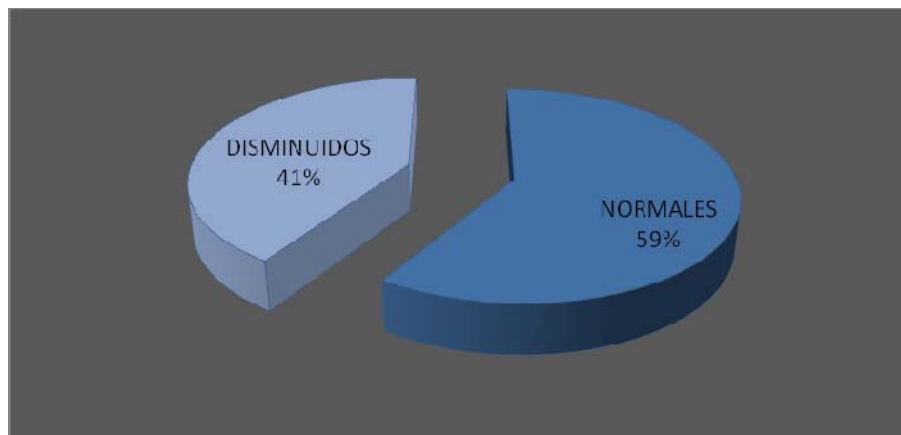


El gráfico nos da ha conocer que de las 147 mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en perimenopausia y menopausia observamos que el 52% corresponde a mujeres que presentan depresión de acuerdo al Test CES-D.

Grafico 13

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN EL “HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

**Distribución de 147 mujeres en perimenopausia y
menopausia según niveles séricos de estrógenos.**





FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

El gráfico nos muestra que de las 147 mujeres que acuden al servicio de consulta externa del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, en perimenopausia y menopausia observamos que tan solo el 41% % corresponde a mujeres que presentan niveles disminuidos de estrógenos.

Tabla 6

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES
PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE
CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO-
JULIO 2008**



Distribución de 147 mujeres según relación entre la edad y promedio de estrógenos séricos

	PROMEDIO DE VALORES DE ESTROGENOS	
EDAD		
36-40	52,75	
41-45	32,52	
46-50	24,88	
51-55	19,49	
56-60	15,06	
61-65	13,75	Con un desvío 15

estándar de

FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

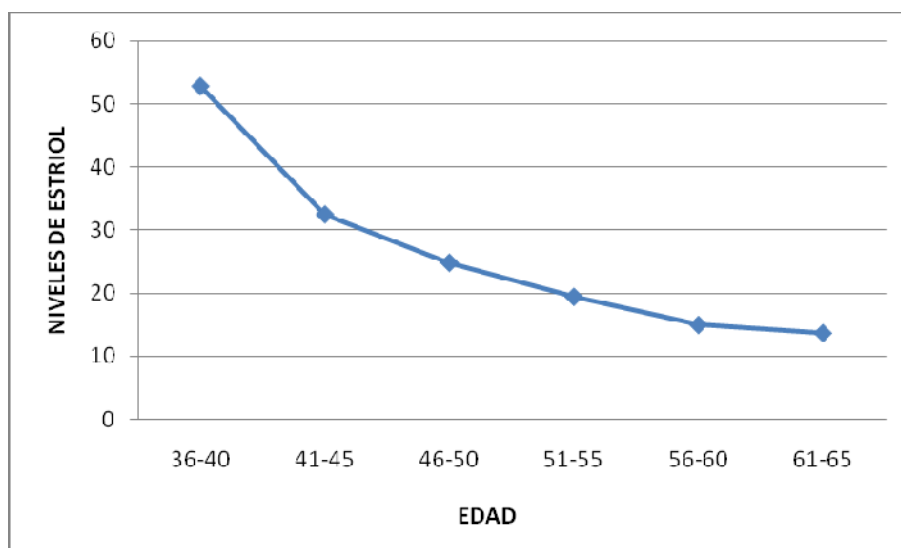
AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.



Gráfico 14

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO- JULIO 2008

Distribución según relación entre la edad y promedio
de estrógenos séricos.



FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.



El gráfico nos muestra la disminución progresiva de los niveles de estrógenos de acuerdo a la edad.

Tabla 6

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES
PERIMENOPAUSICAS Y MENOPAUSICAS DE
CONSULTA EXTERNA EN “EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO”, CUENCA - ECUADOR MAYO-
JULIO 2008**

**Relación entre depresión en mujeres perimenopausisca
y menopáusicas y niveles de estrógenos tabla
tetracórica.**

Valor de Estrógenos	Depresión			
		Presente	Ausente	Total
	Disminuidos	31	29	60



	< 15ng			
	Normales > 15ng	45	42	87
Total		76	71	147

FUENTE: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

AUTORAS: ALVAREZ .M, AYALA. A, ARMIJOS I.

La tabla 2 por 2 nos brinda un riesgo relativo de 1, es decir que no existe relación entre la disminución de los niveles de estrógenos y la presencia de depresión, su valor de **p** es 0,99 y su intervalo de confianza es al 95%.

4. DISCUSIÓN



En nuestra investigación recogimos la información en base al formulario de datos en donde además se incluía el TEST CES-D, de gran ayuda para una detección de sintomatología compatible con depresión.

Denotamos que las mujeres que haya sufrido menopausia iatrogénica fueron excluidas del trabajo.

La distribución de mujeres en perimenopausia y menopausia que acuden al servicio de consulta externa del “Hospital Vicente Corral Moscoso” contó con un porcentaje superior de mujeres con una edad comprendida entre 36 y 50 años, su estado civil fue casadas, su instrucción predominó el nivel secundario, la ocupación más frecuente los quehaceres domésticos, de las cuales el 43% con menopausia con un predominio de 65% de síntomas vasomotores.

Con una disminución de estrógenos progresiva de acuerdo a la edad, encontrándose valores por debajo de los normales para la edad en un 41%.

Encontrándose una incidencia de 52% de depresión en mujeres perimenopáusicas y menopáusicas.



5. CONCLUSIONES

Luego de realizar el análisis de los resultados obtenidos podemos concluir que existe una alta prevalencia de depresión en mujeres al cursar la perimenopausia y menopausia, con un porcentaje 52%; siendo 3 veces superior al observado en el estudio Transversal como línea de base WHI realizado en EEUU durante el 2003, pero comparable con la investigación de Beck en Turquía 2001, o Hamilton de México durante 1995, los cuales manejan porcentajes similares. En cuanto al estudio de la Universidad De Bucaramanga, el cual uso el TEST CES-D el porcentajes es 20% superior.

En cuanto a los síntomas presentes en las mujeres perimenopáusica y menopáusicas hubo predominio de síntomas vasomotores con 35% de bochornos y 30% sudoración, seguidos por síntomas con alteración a nivel genital y función sexual. Lo que coincide con investigaciones y literatura internacional.

Se obtuvo además los niveles de estrógenos con una disminución progresiva relacionada con la edad, pero llegando a un 41% con valores por debajo de los esperados para la edad.



Se correlaciono la presencia de depresión y de la disminución de los niveles de estrógenos séricos, para comprobar la hipótesis planteada encontrándose la ausencia de relación de la hipoestrogenia con una mayor incidencia de depresión.



6. RECOMENDACIONES

- Realizar una investigación con grupo poblacional superior y una muestra mayor de acuerdo a intervalo de confianza para descartar o comprobar la relación de los niveles de estrógenos con síntomas depresivos.
- Implementar un grupo multidisciplinario conformado por ginecólogos, psiquiatras, psicólogos clínicos, licenciadas en enfermería, nutricionistas, médicos generales, para un adecuado manejo de la depresión.
- Conformar grupos focales y desarrollar talleres de capacitación, difusión y cuidado del cese de la vida reproductiva, además del manejo del estrés físico y psicológico.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. "La salud en la Prehistoria". Atlas enciclopédico de barcos de guerra. [Disponible en: <http://candamo.iespana.es/naval/miscelan/prehisto.htm>] Fecha de acceso 1-Abril -08.
2. "Informe sobre la salud en el mundo-Panorama mundial" Organización Mundial de la Salud. Capítulo 1: Salud mundial: retos actuales [Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index1.html>] Consultado el 26- Marzo-08
3. Pérez Piñero J. "El climaterio y la menopausia como expresión del envejecimiento femenino" GERONINFO. Fecha de acceso 26-Marzo -08. [Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/menopausia_y_envejecimiento.pdf].
4. "Constitución de la Organización Mundial de la Salud." Documentos básicos de la 51ª Asamblea Mundial de la Salud en la 45ª páginas 1-18 Página de la Organización Mundial de la Salud. [Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf] Consultado el 01-Abril-08.
5. "Calidad de Vida". Enciclopedia virtual Libre Wikipedia. [Disponible en:



http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad_de_vida].

Consultado el 26-Abril -08.

6. Cetina T. "Terapia de Reemplazo Hormonal en la menopausia". Revista de Endocrinología y Nutrición Vol. 14, No. 3 Julio-Septiembre 2006 pp 141-148 Fecha de acceso 26-Marzo -08 [Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2006/er063e.pdf>.]
7. Gonzalez O. "Menopausia y Longevidad", Chile: ed. Sociedad Chilena de Climaterio, 1999. p. 31-124
8. "Frecuencia de los síntomas de menopausia y riesgos asociados en el Ecuador". Revista Panamericana de Salud Pública Volumen 21 May 31, 2007 pag(s) 331 disponible en: http://journal.paho.org/index.php?a_ID=924#sendMail. fecha de acceso 26-Marzo-08
9. El envejecimiento femenino saludable, un reto para el siglo XXI. Fundación Jiménez Díaz. 2005 marzo 31; Disponible en: <http://www.fjd.es/Noticias/envejecimientofemenino.htm>. acceso 27-03-08
10. Botero J. "Obstetricia y Ginecología", Bogotá: 7ª edición, Ed. Quebecor , p. 591-593



11. Pérez A. "Ginecología". Chile 2003 Tercera edición, ed. Mediterraneo 2004, p. 41- 179.
12. "Definiciones" Sociedad Chilena del Climaterio"
[Disponible en:
<http://www.sociedadclimaterio.cl/Definiciones.html>]
Fecha de acceso: 26-marzo del 2008
13. Harrison T. " Principios de Medicina Interna", Chile: Décimo Sexta Edición, Volumen II ed. Mc Graw Hill 2006, p. 2431
14. Alarcón R. "Psiquiatría", México: segunda edición, Manual Moderno 2005, p 432, 439,441, 434, 820,828-830
15. Farreras V. "Medicina Interna", España: Décimo Quinta Edición, Volumen II Ed. Elsevier Ed 2004, Pág. 2129
16. Pernoll M. "Manual de Obstetricia y Ginecología" México: Décima Edición, ed. Mc Graw Hill, 2003, p. 804-811
17. Angel G. "Interpretación clínica de Laboratorio" Colombia 2000, sexta edición, ed. Médica Panamericana, pág. 238
18. H. Casarotti|Revista de Psiquiatría del Uruguay|Volumen 69 N° 2 Diciembre 2005|página 71,72



19. El envejecimiento femenino saludable, un reto para el siglo XXI. Fundación Jiménez Díaz. 2005 marzo 31; Disponible en: <http://www.fjd.es/Noticias/envejecimientofemenino.htm>. acceso 27-03-08
20. Dr. Felipe M. Torales Sicardo. Depresión durante el climaterio. Biblioteca Virtual en Salud de México. Disponible en http://bvs.insp.mx/bvs_mx/E/bpms/sal-mujer/depre/preg0103.htm fecha de disponibilidad 15-03-08
21. DSM- IV. Manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales. American psychiatric association . Ed Masson . New York . Estados Unidos.1996 p: 323-359
22. Isabel Eugenia Jáuregui-Durán, MD y Luis Alfonso Díaz-Martínez, MD MSc. "Prevalencia de síntomas depresivos en mujeres perimenopáusicas docentes de primaria y bachillerato". http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTA_AMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA82/R82_AO_C2.PDF . fecha de disponibilidad 04-04-08
23. Spanish Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D): disponible en:



<http://patienteducation.stanford.edu/research/cesdesp.html>
ml fecha de acceso 16 DE ABRIL DEL 2008.



ANEXOS

Anexo1:

Plan de Tabulación y Análisis

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Biológica	Información directa de la paciente.	36 a 40 años. 41 a 45 años. 46 a 50 años. 51 a 55 años. 56 a 60 años. 61 a 65 años
Estado Civil	Situación de las personas físicas, determinadas por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o parentesco, que establecen derechos y deberes.	Social Legal	Información directa de la paciente.	Soltera Casada Unión libre Divorciada Viuda
Instrucción	Conocimientos adquiridos en establecimientos	Social Legal	Información directa de la paciente	Ninguno



	educativos.			Primaria Secundaria Superior Otros analfabeto
Ocupación	Actividad, empleo u oficio que realiza habitualmente del cual se espera o no una remuneración	Social	Información directa de la paciente	Profesional No profesional
Gestas	Número de Embarazos	Biológico	Información directa de la paciente	
Paridad	Número de partos previos.	Biológico Social Cultural	Información directa de la paciente	Nulípara Primípara Multípara
Hijos vivos	Hijo que nació vivo y sigue vivo	Biológico	Información directa de la	



			paciente	
Hijos muertos	Hijo que nació vivo y que por algún motivo ha fallecido	Biológico	Información directa de la paciente	
FUM	Fecha de la última menstruación	Biológico	Información directa de la paciente	
Menopausia Natural	Cese espontáneo y permanente de la menstruación a consecuencia de la pérdida de la actividad ovárica.	Biológico	Información directa de la paciente por FUM	SI NO
TEST CES-D	Escala de Depresión del Dentro de Estudios Epidemiológicos	Psicológico	Irritabilidad Inapetencia Tristeza Falta de	Raro o ninguna vez Algunas o pocas



			concentración Obligación Optimismo Fracaso Miedo Insomnio Alegría Soledad Llanto Apatía	veces En ocasiones o en buena parte del tiempo La mayor parte del tiempo
Cuantificación de estrógenos séricos	Procedimiento que se realiza en el laboratorio con el fin de detectar o cuantificar los valores de estrógenos séricos.	Biológico Tecnológico	Examen de sangre	Valores normales (valores de referencia del laboratorio)



Anexo 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

.....

EXPLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado es para las mujeres perimenopausicas y menopáusicas entre las edades de 36 a 65 años que acuden a la consulta externa y a quienes les vamos a pedir que participen en la investigación sobre Depresión en la perimenopausia y menopausia.

Nombre de las investigadoras:

- Maria José Alvarez Cornejo,
- Raquel Ivonne Armijos Cabrera,
- Andrea Priscila Ayala Cobos.

Nombre de la Institución: Hospital Vicente Corral Moscoso



Nombre del Director de la Tesis: Dr. Jaime Ñauta

Introducción

Nosotras somos estudiantes de la Universidad de Cuenca, de la Escuela de Medicina y estamos investigando sobre la Depresión que se presenta en las mujeres en el periodo de la Perimenopausia y Menopausia para obtener datos sobre la frecuencia de esta patología en nuestro medio.

Por lo cual pedimos su colaboración como participante de este proyecto de investigación. Antes de decidir, usted puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor pídanos parar según avanzamos en la información y tomaré tiempo para explicarlas. Si usted tiene preguntas después, puede preguntarnos a nosotras, al médico director.

Propósito: La Depresión es una enfermedad que se presenta como una manifestación en la perimenopausia (periodo previo y posterior a la menopausia) y la menopausia (tiempo mayor a un año en el que ha cesado la menstruación) y que puede estar ligada a factores como los sociales: condiciones socio económico, relación de



parejas, número de hijos, etc., factores biológicos. Hormonales (disminución de estrógenos), debido a que en nuestro medio no hay estudios sobre esta enfermedad nosotras nos planteamos la realización de este trabajo de investigación con la finalidad de aportar datos sobre la misma y tratar de influir sobre el personal de salud en el trato que debe recibir las mujeres en esta etapa.

Tipo de Intervención de Investigación: En primera instancia se realizará un cuestionario que contiene 20 ítems, con los cuales luego de realizar a la sumatoria de la puntuación obtenida en el test., será catalogada con la presencia de depresión o no, como segundo punto se va a realizar un examen de sangre con el que se van a obtener los valores hormonales (estrógenos), que usted tenga.

Selección de Participantes: Le estamos invitando a tomar parte de esta investigación porque usted está dentro del grupo de edad (36 a 64 años) debido a que este es el periodo de tiempo en el que aproximadamente se presenta la Perimenopausia y la Menopausia.

Participación Voluntaria: Su decisión del que usted participe en este estudio es completamente voluntaria.



Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aún cuando haya aceptado previamente y continuarán los servicios que usted reciba en este centro de atención de salud como si no hubiera pasado nada.

Procedimientos y Protocolo: Para la obtención de los datos de este estudio se realizara en dos tiempos:

1. Se le realizará una encuesta de forma dirigida (personalmente)
2. Se le tomara una muestra de sangre en el laboratorio del centro de diagnostico e investigaciones de la universidad, el mismo que está ubicado al lado derecho de la puerta de emergencias de este hospital, da el cual no tendrá ningún costo para usted

Duración: La investigación dura aproximadamente 2 meses en total. Durante ese tiempo, será necesario que venga al hospital 1 día a la consulta externa de Ginecología, en donde se le aplicará el test, y otro día para realizar la prueba de sangre.

Riesgos: Al participar en esta investigación usted no está sujeta a mayor riesgo en la extracción de la muestra de sangre, ni en la aplicación del test.



Beneficios: Durante su participación en esta investigación puede que no haya ningún beneficio para usted de forma directa, pero su participación seguramente nos ayudará a encontrar la respuesta a la pregunta de investigación. Además usted nos ayudará a tratar de hacer un beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, según sean las conclusiones obtenidas.

Incentivos: Al formar usted parte de esta investigación no se le proporcionará ningún incentivo, y los costos del examen de sangre serán cancelados por las investigadoras.

Confidencialidad: La información que recolectamos para este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información recolectada por la investigación será aislada y solo las investigadoras podrán verla.

Se le asignará un número de identificación en vez de su nombre. Solamente los investigadores sabrán el vínculo de ese número con el nombre y la información se mantendrá en cabina cerrada con llave. No se compartirá la información ni se le dará a nadie excepto al Director de la investigación Dr. Jaime Ñauta.



Compartir los resultados: El conocimiento que obtendremos de este estudio se compartirá con usted antes de que se haga ampliamente disponible al público. No se compartirá información confidencial. Después, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas aprendan de nuestra investigación.

Derecho a negarse a participar y a retirarse: Usted no tiene porque aceptar participar de esta investigación si no desea hacerlo y negarse a que se le realice el test y la prueba de sangre. Usted puede retirarse de la investigación en cualquier momento que desee.

Si usted tiene algunas preguntas puede hacerlas ahora e incluso después de que haya comenzado el estudio. Si usted desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: María José Álvarez, Raquel Ivonne Armijos, Andrea Priscila Ayala a los teléfonos 098070542, 098255736, 092983247, o al e-mail and_pris@hotmail.com.

Esta propuesta ha sido evaluada y aprobada por el comité de evaluación ética, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que a los participantes se les protegerá de daños. Si desea averiguar algo más del comité, contacte



Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, en
la Escuela de Medicina en la av. 12 de abril s/n (Sector
Hospital Vicente Corral Moscoso) al teléfono 4096580



Anexo 3

Formulario de Consentimiento

Formulario de Consentimiento N° _____

He sido invitada a participar en una investigación sobre la Depresión en la Perimenopausia y Menopausia. Entiendo que ello significa que tengo que someterme a un test de evaluación y luego de ello a realizarme un examen de sangre. He sido informado de que los riesgos son mínimos.

Soy consciente de que puede que no haya beneficio personal para mi y que no seré compensada económicamente.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente usando el número que se me dio.

He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente.

Consiento voluntariamente mi participación en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme



del mismo en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica.

Nombre de la Participante _____

Firma _____

Fecha _____



Anexo 4



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES
PERIMENOPUASICAS Y MENOPAUSICAS DE
CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA - ECUADOR 2008”

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Ocupación: _____

Instrucción: _____ Paridad: _____ Gestas:

_____ HV: _____ HM: _____

FUM: _____ Menopausia: Natural SI _____ NO



Durante la semana pasada esto es desde_____ hasta _____	Raro o ninguna vez (menos de 1 día)	Alguna o poca vez(1-2 días)	En ocasiones o buena parte del tiempo (3-4d)	Mayor parte del tiempo (5-7días)
1.- Le molestan cosas que usualmente no le molestan	0	1	2	3
2.- No se sentía con ganas de comer; tenía mal apetito	0	1	2	3
3.- Sentía que no podía sacarse de encima la tristeza con la ayuda de su familia o amigos	0	1	2	3
4.- Sentía que Ud era usted tan buena como otra persona	3	2	1	0
5.- Tenía dificultad de mantener su mente en lo que está haciendo	0	1	2	3



6.- Se siente deprimida	0	1	2	3
7.- Sentía que todo lo que hacia era un esfuerzo	0	1	2	3
8.- Se sentía optimista sobre su futuro	3	2	1	0
9.- Pensó que su vida había sido un fracaso	0	1	2	3
10.- Se sentía con miedo	0	1	2	3
11.- Su sueño era inquieto	0	1	2	3
12.- Estaba contenta	3	2	1	0
13.- Habla menos de lo usual	0	1	2	3
14.- Se sintió sola	0	1	2	3
15.- La gente no era amistosa	0	1	2	3
16.- Disfrutó de la vida	3	2	1	0
17.- Pasó ratos llorando	0	1	2	3



18.- Se sintió triste	0	1	2	3
19.- Sentía que no le caía bien a la gente	0	1	2	3
20.- No tenía ganas de hacer nada	0	1	2	3
SUME TODOS LOS NUMEROS QUE FUERON MARCADOS	TOTAL:			

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bochornos | <input type="checkbox"/> Infecciones Urinarias | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Sudoración | <input type="checkbox"/> Sequedad vaginal | <input type="checkbox"/> Osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Prurito | <input type="checkbox"/> Urgencia miccional | <input type="checkbox"/> Pérdida de la elasticidad |
| <input type="checkbox"/> Irritación vaginal | <input type="checkbox"/> Nicturia | <input type="checkbox"/> Arrugas |
| <input type="checkbox"/> Dispareunia | | |



- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piel
deshidratada | <input type="checkbox"/> Engrosamiento
del vello sobre
labio superior | <input type="checkbox"/> Ligera
calvicie |
| <input type="checkbox"/> Adelgazamiento
del pelo | | |

OTROS:

Tiempo de inicio

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0-6 meses | <input type="checkbox"/> 6-12 meses |
|------------------------------------|-------------------------------------|



☐ 12-18 meses

☐ Más de 24 meses

☐ 18-24 meses

Estrés Psico-social

SI _____

NO _____

Factores sociales:

Factores Familiares:



Factores económicos:

Factores de salud:



Factores laborales:

Otros:



Resultado del test

Resultado del Ex Hormonal



Observaciones: _____
